

An die  
Alprevent GmbH  
Postfach 1109  
21301 Lüneburg

Sehr geehrtes Team von Alprevent,  
hiermit sende ich Ihnen meine vom Arzt erhaltene Verordnung / Rezept  
über **allergendichte Zwischenbettbezüge** zur weiteren Bearbeitung zu.

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

eventuell abweichende Lieferadresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Wichtig für Rückfragen! Telefonnummer (tagsüber): \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Ich wurde in den letzten 10 Jahren schon einmal mit Allergie-Bettwäsche versorgt.  nein  ja

**Bettenmaße bei einer Versorgung mit Allergie-Bettwäsche (Bitte auch die Höhe der Matratze eintragen!):**

Maße Matratze: Länge: cm Breite: cm Höhe: cm

Maße Matratze des Partners: Länge: cm Breite: cm Höhe: cm

Maße Oberbett (Bettdecke): Länge: cm Breite: cm

Maße Oberbett des Partners: Länge: cm Breite: cm

Maße Kissen: Länge: cm Breite: cm

Maße Kissen des Partners: Länge: cm Breite: cm

**Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten:** Ich bin damit einverstanden, dass durch die Firma Alprevent GmbH meine Daten zum Zwecke der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erhoben, verarbeitet und genutzt, sowie an die Allertex GmbH und Allcon GmbH als Hilfsmittelerbringer weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls verarbeitet und genutzt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und zur Erstellung elektronischer Kostenvoranschläge an externe Dienstleister übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Alprevent GmbH. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung bei der Alprevent GmbH gelöscht. Die Alprevent GmbH wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Hinweise zum Formular

Lieber Betroffener, lieber Patient,

Sie waren beim Arzt und sind im Besitz eines Rezeptes / einer Verordnung? Dann können Sie in den Genuss einer Erstattung durch Ihre Krankenkasse kommen!

Bitte führen Sie nun folgende Schritte durch:

1. Drucken Sie sich dieses Formular aus. Messen Sie die Größen von Matratze, Oberbett und Kissen und notieren Sie diese auf dem Formular. Bitte denken Sie auch daran die **Höhe der Matratze** zu messen, da der allergendichte Zwischenbettbezug die Matratze komplett umhüllt!
2. Senden Sie uns das ausgefüllte Formular und die Verordnung/Rezept per Post zu. Wir benötigen das **Rezept im Original** für die Beantragung der Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse! Bitte keine Kopie oder Fax schicken!
3. Sobald Ihre Dokumente mit allen nötigen Angaben bei uns eingetroffen sind, nehmen wir Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf und klären die Höhe der Erstattung. Denken Sie bitte deshalb auch daran uns eine E-Mail-Adresse und eine Telefonnummer mitzuteilen, unter der wir Sie tagsüber erreichen!
4. Informieren Sie sich vorab auf dieser Webseite über die verschiedenen Stofftypen, oder lassen Sie sich unsere Produktbroschüre mit Stoffproben zuschicken. Über anfallende Eigenanteile informiert Sie unser geschultes Personal gerne.
5. Nachdem alle Punkte geklärt sind, liefern wir die Ware aus und in kürzester Zeit halten Sie Ihre allergendichten Zwischenbettbezüge in den Händen!

## Wichtige Hinweise! Bitte unbedingt beachten!

1. **Rezepte haben in der Regel eine Gültigkeit von 28 Tagen! Nur in diesem Zeitrahmen können wir für Sie den Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einreichen.**
2. **Die meisten Krankenkassen erstatten in der Regel bei gleichbleibender Größe alle 10 Jahre neue Bezüge. Wurden Sie innerhalb dieser Zeit schon einmal von einem Versorger mit allergendichten Bettbezügen ausgestattet? Dann bitten wir Sie, uns dieses unbedingt mitzuteilen um Ihnen unerwünschte zusätzliche Kosten zu ersparen!**
3. **Bei einer Änderung der Betten-Größe, z.B. wenn Ihr Kind ein größeres Bett bekommt oder Sie sich ein neues Bett angeschafft haben, ist eine neue Beantragung bei Ihrer Krankenkasse möglich. Bitte teilen Sie uns dieses mit!**
4. **Für Patienten der Techniker Krankenkasse: Soll Ihr Partner auch mit allergendichten Bezügen ausgestattet werden, so muss dieses auf dem Rezept mit dem Zusatz „Partnersversorgung“ vermerkt werden!**

**Haben Sie Fragen? Dann nutzen Sie hierfür unser Service-Telefon: 04131 - 699 659 0**

**Abschließender Hinweis: Sollten wir Sie trotz aller Versuche nicht erreichen können, versenden wir, wenn alle Angaben komplett vorliegen, das von Ihrer Krankenkasse übernommene Basisprodukt.**

# Freiumschlag und Formular ausdrucken!

So geht's:

1. Ausgedrucktes Adressticket ausschneiden und auf einen Umschlag kleben.
2. Ausgedrucktes Formular ausfüllen und bitte **unterschreiben!**
3. Rezept und Formular mit dem Freiumschlag einsenden.





Das Porto zahlen wir für Sie!

Deutsche Post   
ANTWORT

Alprevent GmbH  
Postfach 1109  
21301 Lüneburg